



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΝΕΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Παρακαλώ όπως γίνω δεκτός/ή στην Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής Κύπρου ως:

τακτικό μέλος (ειδικός/εξειδικευμένος)

συνοδό μέλος (ειδικευόμενος, νοσηλεύτης/παραϊατρικές ειδικότητες)

Ατομικά Στοιχεία

Επώνυμο:

Όνομα:

Στοιχεία φοίτησης, ειδικότητας & εξάσκησης επαγγέλματος

Να συμπληρωθεί μόνο για αίτηση ως τακτικό μέλος:

Όνομα Πανεπιστημίου:

Χώρα:

Έτος αποφοίτησης:

Ειδικότητα: Παιδιατρική Μαιευτική Άλλη:

Νοσοκομείο/Κλινική απόκτησης ειδικότητας:

Χώρα απόκτησης ειδικότητας:

Έτος απόκτησης ειδικότητας:

Τομέας απασχόλησης: Ιδιωτικός Δημόσιος

Να συμπληρωθεί μόνο από εξειδικευμένους:

Εξειδίκευση: Νεογνολογία/Εντατική Νοσηλεία Νεογνών Άλλη:

Νοσοκομείο/Κλινική απόκτησης εξειδίκευσης:

Χώρα απόκτησης εξειδίκευσης:

Έτος απόκτησης εξειδίκευσης:

Να συμπληρωθεί μόνο από εξειδικευόμενους:

Εξειδίκευση: Νεογνολογία/Εντατική Νοσηλεία Νεογνών Άλλη:

Νοσοκομείο/Κλινική:

Χώρα:

Έτος έναρξης εξειδίκευσης:

Προβλεπόμενο Έτος απόκτησης εξειδίκευσης:

Να συμπληρωθεί μόνο από ειδικευόμενους, για αίτηση ως συνοδό μέλος:

Ειδικότητα: Μαιευτική Παιδιατρική Άλλη (διευκρινίστε):

Νοσοκομείο/Κλινική:

Χώρα:

Έτος έναρξης Ειδικότητας:

Προβλεπόμενο Έτος απόκτησης Ειδικότητας:

Να συμπληρωθεί μόνο για αίτηση ως συνοδό μέλος:

Όνομα Πανεπιστημίου/Σχολής:

Τίτλος Πτυχίου:

Χώρα:

Έτος αποφοίτησης:

Τομέας απασχόλησης: Ιδιωτικός Δημόσιος

Στοιχεία επικοινωνίας/αλληλογραφίας

Όνομα κλινικής/νοσοκομείου/ιατρείου:

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Οδός/Αρ. ή Ταχ. Θυρίδα:

T.K.:

Επαρχία:

Διεύθυνση ιατρείου (αφήστε κενό αν είναι η ίδια με τη διεύθυνση αλληλογραφίας):

Οδός/Αρ.:

Επαρχία:

Τηλ ιατρείου:

Κινητό τηλέφωνο:

Email:

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΟΙ:

1. Τακτικά μέλη μπορούν να είναι ιατροί με εξειδίκευση στην Νεογνολογία/Εντατική Νοσηλεία Νεογνών ή άλλη εξειδίκευση και ειδικότητα στην Παιδιατρική, τη Μαιευτική ή άλλη ειδικότητα που εμπλέκεται στην Περιγεννητική Ιατρική.
2. Οι ειδικευόμενοι ιατροί και τα συνοδά μέλη δικαιούνται να συμμετέχουν στις Γενικές Συνελεύσεις και επιστημονικές εκδηλώσεις της Εταιρείας, χωρίς όμως να έχουν δικαίωμα ψήφου ή εκλογής. Μετά την εξασφάλιση της ειδικότητάς τους, οι ειδικευόμενοι θα πρέπει να ανανεώσουν την εγγραφή τους ως τακτικά μέλη.
3. Οποιοδήποτε μέλος δύναται να αποχωρήσει οποτεδήποτε το θελήσει αφού εξοφλήσει τις υποχρεώσεις του προς την Εταιρεία και δηλώσει γραπτώς την επιθυμία του για αποχώρηση.
4. Η έγκριση του νέου μέλους γίνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΙΚ.
5. Μετά την επικύρωση της εγγραφής, τα στοιχεία του νέου μέλους καταχωρούνται στο αρχείο της ΕΠΙΚ.
6. Τα μέλη υποχρεούνται σε ετήσια καταβολή συνδρομής (€30 για τακτικά και €15 για συνοδά μέλη και ειδικευόμενους).
7. Η Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής Κύπρου διατηρεί το δικαίωμα τροποποίησης του ποσού εγγραφής και συνδρομής, κατόπιν απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου.
8. Τα μέλη υποχρεούνται να φροντίζουν για την καταβολή της ετήσιας συνδρομής τους. Σε διαφορετική περίπτωση η ΕΠΙΚ σύμφωνα με το καταστατικό, αφού προειδοποιήσει το μέλος 2 φορές, δύναται να προχωρήσει στη διαγραφή του από το Μητρώο της Εταιρείας. Η συνδρομή πρέπει να καταβάλλεται στον λογαριασμό της ΕΠΙΚ στην Ελληνική τράπεζα, Αρ. Λογαριασμού 201-01-121357-01

Δηλώνω ότι συμφωνώ με τους πιο πάνω όρους.

Όνομα: _____ Υπογραφή: _____

Ημερομηνία υποβολής αίτησης: _____

Για χρήση από την ΕΠΙΚ

Εγκρίθηκε Απορρίφθηκε

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή Προέδρου: _____ Υπογραφή Γραμματέα: _____

Λόγοι Απόρριψης _____